

Monterrosa, Alvaro  
Anticonceptivos orales de sólo progestina  
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 57, núm. 1, 2006, pp. 45-53  
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214322007>



ARTÍCULO DE REVISIÓN

## ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SOLO PROGESTINA

### Progestin-only oral contraceptives

Alvaro Monterrosa, M.D.\*

Recibido: febrero 2/2006 - Revisado: febrero 23/2006 - Aceptado: marzo 30/2006

## RESUMEN

Si bien están disponibles desde hace muchos años los anticonceptivos orales de sólo progestina o minipíldora, son pocos conocidos y menos prescritos o recomendados que los anticonceptivos orales combinados. Los anticonceptivos orales de sólo progestina, por estar libres de estrógenos tienen un papel importante y un definido sitio en la anticoncepción hormonal contemporánea. A las primeras progestinas: etinodiol, linestrenol y noretisterona, se agregó el norgestrel, luego el levonorgestrel y posteriormente el desogestrel. Recientemente la drospirenona está siendo evaluada. Desde siempre la minipíldora de levonorgestrel tiene su asiento único dentro de la anticoncepción oral hormonal en la lactancia, mientras que la minipíldora de desogestrel, sin perder dicho espacio, puede también ser recomendada más allá de la lactancia, por su capacidad inhibitoria de la ovulación. Esta capacidad igualmente se ha observado con la administración de tabletas que sólo incluyen drospirenona.

El propósito de la presente revisión es orientar al profesional de la salud, para que identifique y puntualice las diferencias, así como las similitudes entre minipíldora y anticonceptivos orales combinados. Por la inocuidad

clínica y los beneficios observados, los anticonceptivos orales de sólo progestinas deben considerarse en el momento de la consejería contraceptiva.

**Palabras clave:** minipíldora, anticoncepción hormonal, anticonceptivos orales, progestinas, anticonceptivos de sólo progestina, progestagénos.

## SUMMARY

Although progestin-only oral contraceptives or mini-pills have been available for many years, they are less known and less prescribed or recommended than combined oral contraceptives. Due to being oestrogen-free, progestin-only oral contraceptives have an important role and a defined place in contemporary hormonal contraception. The first progestin mini-pills (ethynodiol, linestrenol and norethisterone) were followed by levonorgestrel and then desogestrel; drospirenone is now being evaluated. The levonorgestrel mini-pill has always had a unique place in oral contraception whilst breastfeeding; the desogestrel mini-pill may also be recommended beyond the breastfeeding period due to its ovulation-inhibiting ability. Such ability has also been observed when prescribing drospirenone-only pills. The purpose of this review is to orientate people working in the area of health to identify the differences and similarities between the mini-pill and combined oral contraceptives. Progestin-only oral contraceptives must

\* Profesor Titular, Jefe de la Sección de Subespecialidades, Departamento de Ginecología y Obstetricia Facultad de Medicina Universidad de Cartagena. Coordinador de Investigaciones Universidad del Sinú Seccional Cartagena. Cartagena, Colombia.  
Correo electrónico: alvaromonterrosa@gmail.com

be considered during contraceptive counselling to ensure good clinical safety and because of the observed benefits.

**Key words:** mini pill, contraception, contraceptives, oral, progestins, progestin-only contraceptives, progestagens.

## INTRODUCCIÓN

Los anticonceptivos orales de sólo progestina o píldoras libres de estrógeno, son también denominados minipíldoras por la baja concentración hormonal que contienen, la cual es menor que la presente en la píldora combinada de estrógeno más progestina. La minipíldora tiene su principal indicación en mujeres lactantes y debe administrarse diariamente sin períodos de pausa. Las píldoras anticonceptivas de sólo progestina no son muy conocidas y su uso no es tan generalizado como lo son los anticonceptivos orales combinados. Suelen conllevar una mayor tasa de alteraciones que los anticonceptivos orales combinados en los episodios de sangrado mensual, incluyendo períodos de amenorrea. Recientes estudios señalan que una de las progestinas disponibles puede llegar a ser utilizada en mujeres que deseen planificación hormonal oral y presenten patología que contraindique la administración de estrógenos, estén o no en lactancia.<sup>1-4</sup>

## Mecanismo de acción

La minipíldora actúa de manera especial alterando las características biofísicas del moco cervical.<sup>2</sup> La progesterona y las progestinas disminuyen la cantidad de moco cervical, aumentando su viscosidad, haciéndolo grueso, denso, opaco e incrementando la densidad celular, lo cual es un obstáculo para la migración espermática, impidiéndose el ascenso de los espermatozoides al canal cervical y a la cavidad uterina.<sup>1</sup> Cuando predomina la influencia de los estrógenos el moco cervical es fluido, claro, transparente, filante y acelular, lo que facilita la viabilidad, penetración y migración de los espermatozoides.<sup>5</sup>

Con la administración de anticonceptivos orales de sólo progestina se modifica el endometrio haciéndolo secretor, delgado e incluso atrófico, que son aspectos poco favorables para la implantación del óvulo fecundado. Con las minipíldoras diferentes a la de desogestrel, no se inhibe necesariamente la ovulación, existiendo la expectativa de presentarse crecimiento y ruptura folicular pese al uso correcto de la misma, de cerca del 50% de los ciclos. No obstante, el uso continuo de progestina a lo largo del ciclo menstrual se asocia a una mala conformación biológica y funcional del cuerpo lúteo, afectándose adversamente la morfología del endometrio y los mecanismos intracrinos y endocrinos relacionados con el proceso de implantación. También, la administración de píldoras de sólo progestina puede disminuir la motilidad de las cillas de las trompas de Falopio, así como la fuerza contráctil muscular de las trompas, con lo cual se retarda el desplazamiento del óvulo desde el ovario hasta la cavidad uterina.<sup>5-7</sup>

## Efectos sobre diferentes sistemas

Debido a los efectos directos sobre el moco cervical y sobre el epitelio del endometrio, lo cual contribuye en gran forma a impedir o minimizar el ascenso bacteriano por el aparato genital femenino, es muy probable que la minipíldora ejerza un efecto protector frente a la enfermedad pélvica inflamatoria.<sup>5,6</sup> Las píldoras de sólo progestina no pueden impedir infecciones del tracto reproductor bajo y se desconoce su interacción con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y se considera que no existe protección contra el mismo.<sup>9</sup> La administración de una progestina causa estabilización de la membrana del glóbulo rojo, por lo cual las mujeres que padecen anemia de células falciformes pueden experimentar menor número de crisis hemolíticas. Este efecto favorable es debatido y todavía hace falta evidencia suficiente para señalarlo como un beneficio importante.

Desde la década de los noventa se señaló que al inhibirse la ovulación se puede llegar a mejorar

los episodios dolorosos relacionados con la menstruación, evento denominado dismenorrea. Las progestinas causan decidualización de las capas funcionales del endometrio, impidiendo su crecimiento y maduración, con lo cual se reduce el sustrato de producción de las prostaglandinas que juegan un importante papel en la patogénesis de la dismenorrea.<sup>5</sup> Ya existen estudios señalando que las píldoras de sólo desogestrel pueden mejorar la dismenorrea con una efectividad similar a los anticonceptivos orales combinados, esperándose que más del 94% puedan manifestar mejoría de la dismenorrea.<sup>12</sup> Debido al efecto directo y continuo sobre el endometrio, la minipíldora es un buen inhibidor de la proliferación endometrial, lo cual favorece la presencia de los cambios secretores. Este es un sólido argumento para señalar la presencia de un potencial efecto benéfico al reducir la tasa de incidencia de cáncer endometrial.

Aunque se ha señalado, todavía no existe evidencia suficiente para puntualizar la presencia de un efecto protector contra el cáncer de ovario. Al parecer la minipíldora no tiene impacto alguno sobre el potencial riesgo de cáncer de mama, cuello uterino, hepático o colorectal.<sup>5,9</sup> Los anticonceptivos orales de solo progestina tienden a causar quistes ováricos simples, que en realidad son folículos inmaduros persistentes, los cuales no representan riesgos, no ameritan tratamiento médico y con mucha menos razón, técnicas quirúrgicas para su extirpación; si se hacen sintomáticos deberá considerarse la suspensión de la minipíldora y el cambio a otro método de planificación familiar. El antecedente personal de quistes ováricos funcionales no es razón suficiente para contraindicar el uso de los anticonceptivos orales de solo progestina.

Son infundadas y carecen de soporte científico las creencias populares sobre el retraso o la disminución en el retorno de la fertilidad. Se ha enfatizado que las usuarias previas de minipíldora tienen las mismas probabilidades de gestación que las presentes en las parejas fértiles, siendo del 25% en el primer mes de coito sin protección, del 60%

luego de seis meses, del 90% posterior al primer año y del 95% en los dos primeros años.<sup>10</sup>

En un estudio comparativo de asignación aleatoria con doble enmascaramiento, sobre los efectos de la hemostasis de dos píldoras de sólo progestinas, una con 75 µg/día de desogestrel comparados con 30 µg/día de levonorgestrel y publicado en 1998,<sup>6</sup> se observa que ambas preparaciones tienen efectos comparables y potencialmente benéficos sobre la hemostasia. Se observa que los niveles plasmáticos de parámetros de la coagulación como el fibrinógeno y el complejo trombina-antitrombina III, no presentan cambios con ninguno de los dos compuestos. No se producen modificaciones en los parámetros de anticoagulación como antitrombina III y la Proteína C. En general se observaron pequeños cambios en los parámetros bioquímicos de fibrinolisis y antifibrinolisis, en dirección a reducir la procoagulación, lo cual contrasta con el incremento relativo que inducen los anticonceptivos orales combinados, por lo que se enfatiza como la predominancia o presencia del estrógeno puede mediar significativamente sobre los efectos de la hemostasis. Se señala también la ausencia de efecto deletéreo de los anticonceptivos de sólo progestágenos sobre la hemostasis, hallazgos que concuerdan con los estudios de décadas anteriores donde no se encontró evidencia de los fenómenos trombóticos o embólicos con el uso de la minipíldora.

Además del efecto beneficioso sobre la enfermedad venosa, este mismo estudio<sup>6</sup> presenta datos relevantes con respecto a enfermedad arterial. Ambas preparaciones estudiadas inducen una reducción significativa sobre la actividad del factor VII, un factor de riesgo independiente para enfermedad arterial. Ambos preparados conllevan reducción en el fibrinógeno y en el PAI-I los cuales al elevarse plantean riesgo de enfermedad arterial. La conclusión más importante del estudio<sup>6</sup> es que los anticonceptivos de solo progestina, sean de levonorgestrel o de desogestrel, tienen influencia sobre el sistema de hemostasis hacia una menor coagulación, por lo cual se reafirma que la minipíldora no aumenta el riesgo de fenómenos trombóticos o embólicos venosos.

Ninguno de los dos grupos registró embarazos en el estudio, no se encontraron cambios significativos en la tensión arterial sistólica o diastólica, en el peso corporal, en el índice de masa corporal o en la frecuencia cardiaca.

Se ha observado que de los embarazos que se producen mientras se utilizan anticonceptivos orales de sólo progestinas, cerca del 10% son extrauterinos, situación que se ha relacionado con la disminución de la motilidad de las cílias de las trompas de Falopio. Se ha señalado que la minipíldora es más eficaz para prevenir embarazos intrauterinos que extrauterinos. Por lo contrario algunos autores señalan que la incidencia de embarazo ectópico es similar a la de otros métodos, siendo del 0,095 por cada 100 mujeres/año que utilizan correctamente la píldora de sólo progestina.<sup>3</sup>

Los anticonceptivos orales combinados de microdosis y los de bajas dosis se administran durante 21 días continuos, los de ultra baja dosis por 24 días continuos. Durante los 7 días libres de píldoras de los primeros y los 4 días de los últimos, se produce una supresión hormonal que desencadena un sangrado endometrial que crea un ciclo artificial, por lo cual los episodios suelen ser predecibles. Con los anticonceptivos de sólo progestina, que son administrados continuamente sin períodos libres de píldora, no existe supresión hormonal y no se presenta sangrado cíclico programado, por lo tanto, los sangrados y los manchados suelen ser impredecibles tanto en el momento de aparición como en la magnitud del sangrado, y ese es el principal efecto adverso y debe siempre señalársele a las usuarias. Las alteraciones menstruales son la principal causa de abandono del método y por ende el principal responsable de la baja tolerabilidad. Diferentes medidas terapéuticas recomendadas han resultado ser ineficaces para la corrección de los episodios de sangrado, por lo tanto, es innecesaria la intervención con medicamentos; tranquilizar a la usuaria por medio de la consejería adecuada es la mejor estrategia en todos los casos. A su vez un grupo de usuarias pueden presentar amenorrea desde el inicio, lo cual puede carecer de valor si la misma está de acuerdo

con el hecho y si ha sido adecuadamente informada.<sup>10</sup> Los otros efectos colaterales de la minipíldora suelen ser tensión mamaria, vértigos, náusea, cefalea, dolor abdominal, cansancio, disminución de la libido, fatiga, aumento del apetito y aumento de peso. Todas estas manifestaciones suelen ser muy leves, pasajeras y menos del 10% de los abandonos de la minipíldora, son por dichos efectos.

## MINIPÍLDORAS Y LACTANCIA MATERNA

Las píldoras de sólo progestinas aunque no disminuyen la producción ni la calidad de la leche materna, se eliminan en muy poca cantidad por la misma.<sup>1</sup> Los resultados de varios estudios liderados por la Organización Mundial de la Salud, permiten concluir que la minipíldora no parece tener efecto negativo sobre el lactante en lo que tiene que ver con el crecimiento, ya que no se presentan modificaciones en el peso ni en la circunferencia del brazo. Tampoco se producen efectos deletérios en cuanto al desarrollo, al evaluarse capacidades auditivas, motoras y lenguaje.<sup>5</sup> El estrógeno presente en píldoras combinadas puede aparecer en la leche materna y aunque existe controversia, se ha señalado que esas concentraciones de estrógeno no debiesen permitirse. Además, también se ha señalado que los anticonceptivos orales combinados pueden reducir la producción y alterar la composición de la leche materna, por tanto, hoy día se recomienda no utilizar anticonceptivos orales combinados durante la lactancia, dejando ese sitio para los anticonceptivos orales de sólo progestina, libres de estrógenos. Es importante recordar, enseñar y enfatizar a la mujer la importancia de la toma de la tabletilla de forma diaria, fundamentalmente a la misma hora, sin que se presente un atraso más allá de tres horas con el levonorgestrel. El desogestrel también debe administrarse siempre a la misma hora, pero por tener un efecto inhibidor de la ovulación donde la restauración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario toma más tiempo, puede esperarse que un atraso de hasta doce horas no llegue a afectar la eficacia anticonceptiva.<sup>10</sup>

Se recomienda iniciar cualquiera de los anticonceptivos orales de sólo progestina a la sexta semana posparto, aunque no se han registrado efectos adversos en los lactantes que han sido expuestos a progestinas a una edad más temprana. La razón para esperar hasta la sexta semana posparto en mujeres lactantes, es aprovechar el efecto anticonceptivo natural de la lactancia materna exclusiva, asociada a amenorrea. Dicha estrategia de planificación familiar denominada MELA (Método de Lactancia y Amenorrea), puede ofrecer protección temporal en las primeras semanas e incluso en los primeros seis meses, si la lactancia es exclusiva y se acompaña de amenorrea.<sup>8</sup> La anticoncepción oral de sólo progestinas tiene un importante espacio dentro de la anticoncepción en el posparto.<sup>1</sup>

## MOLÉCULAS DISPONIBLES

Están disponibles en el comercio mundial minipíldoras de 350 µg/día de noretisterona, 75 µg/día de levonorgestrel, 50 µg/día de etinodiol, 50 µg/día de linestrenol, 30 µg/día de levonorgestrel y 75 µg/día de desogestrel.<sup>1</sup> Sólo las dos últimas están presentes en Colombia y se puntuiza sobre su perfil.

La píldora de sólo progestina que incluye levonorgestrel, es un preparado de elevado nivel de seguridad, bajos efectos secundarios, pero de mal control del ciclo y por tanto, una elevada tasa de sangrados irregulares con muy buena eficacia anticonceptiva durante la lactancia, pero mala acción al inhibir la ovulación en mujeres no lactantes; lo anterior les permite tener un índice de Peral de 1,17 (0,7 – 3,0 según los estudios) por ser su efecto específicamente en el moco cervical, nivel superior e inaceptable al compararlo con el que ofrecen los anticonceptivos orales combinados.<sup>7</sup> Se ha señalado que la edad de la mujer, el peso corporal, la presencia de condicionantes para mala absorción intestinal, las interacciones farmacológicas, el incumplimiento y la mala administración, son factores que participan dentro de la eficacia anticonceptiva de la minipíldora. Desde un punto de vista general la probabilidad

de embarazo con el uso correcto de la minipíldora de levonorgestrel es del 0,5%, lo cual se suele aplicar para mujeres con menos de 60 kilos. Cuando la mujer supera dicho peso, la tasa puede llegar a ser del 1,3%. Las mujeres que tienen niveles más bajos de progestina en sangre tienen más probabilidad de ovular, y cuanto mayor sea el porcentaje de grasa corporal de la mujer, más progestina se requiere para lograr el mismo nivel de eficacia anticonceptiva. Por lo tanto, cuando todas las mujeres reciben la misma dosis de progestina diaria y continua, la eficacia será menor en las mujeres que tienen mayor peso.<sup>8</sup> No obstante, no hay suficientes estudios que confirmen esta observación. También se han informado variaciones de acuerdo a la edad, un índice de Pearl de 2,1 se ha estimado para mujeres de 25 a 29 años de edad, mientras que un satisfactorio índice de Pearl de 0,3 se ha señalado para mujeres mayores de 40 años. La eficacia se suele reducir a consecuencia de la diarrea y/o vómitos, por lo tanto, deben hacerse las recomendaciones necesarias al instante de la prescripción. Es importante señalar que si las tabletas no se toman a la misma hora o si hay olvidos de la toma de las tabletas, se ha señalado que la probabilidad de falla puede llegar a ser hasta del 5%. Ya que el efecto sobre moco cervical disminuye notoriamente a las 22 horas después de administrada una dosis,<sup>2</sup> debido a la vida media breve del levonorgestrel en plasma, se hace necesaria e imprescindible la toma diaria y de forma puntual de acuerdo a la hora seleccionada. Como el atraso en horas de la toma o el olvido de una sola dosis, suelen reducir significativamente la efectividad, se recomienda ante estas circunstancias emplear adicionalmente un método de barrera. Por el índice de Pearl alcanzado en mujeres lactantes o no lactantes y la necesidad de la toma horaria puntal, siempre los anticonceptivos de sólo progestina que contienen levonorgestrel, se han propuestos únicamente como anticoncepción oral hormonal durante la lactancia. La lactancia por sí sola, ofrece condiciones endocrinológicas que elevan la seguridad anticonceptiva de la minipíldora de levonorgestrel, llevándola a niveles aceptables.<sup>5</sup>

Al finalizarse la lactancia, si se desea continuar la anticoncepción hormonal, debe cambiarse a orales combinados, combinados inyectables o al parche. Si se desea utilizar hormonales libres de estrógenos, se dispone de los inyectables de depósito, los implantes subcutáneos biodegradables o no biodegradables, los sistemas intrauterinos liberadores de progestina o el anticonceptivo oral de sólo progestina que contiene desogestrel. La minipíldora es probablemente menos eficaz que otros métodos anticonceptivos de sólo progestinas que son de liberación prolongada.

Se ha estudiado la administración de sólo desogestrel a 30 µg/día, 50 µg/día y 75 µg/día, observándose inhibición de la ovulación con todas las dosis y en todos los ciclos. Con la minipíldora de desogestrel se observa reducción notable del pico de LH, menor producción de hormonas ováricas y menor desarrollo folicular, considerándose que la anovulación suele suceder en el 97% de los ciclos, sin efecto clínico sobre lípidos, metabolismo de los carbohidratos o la hemostasia.<sup>6</sup> Se prefirió para uso clínico la dosis de 75 µg/día por mostrar el grado más bajo de desarrollo folicular y el patrón de sangrado más aceptable,<sup>1</sup> sin incrementar la incidencia de efectos androgénicos adversos, alcanzándose un satisfactorio índice de Pearl de 0,14, igual al alcanzado con los anticonceptivos orales combinados (0,05 – 0,4 según los estudios); por lo cual se convierte en una alternativa importante y confiable para utilizar en mujeres que desean anticoncepción oral, que no están en fase de lactancia, son de cualquier edad, no pueden tomar estrógenos, padecen dismenorrea y desean tener menor sangrado mensual. En mujeres que no están en lactancia, la eficacia anticonceptiva de la minipíldora que contiene desogestrel es superior a la que ofrecen todas las otras minipíldoras. Lógicamente también tiene indicación cuando se está en período de lactancia. Una publicación del 2005,<sup>11</sup> señala que el tiempo mínimo para la primera ovulación es siete días después de suspendido el uso de la minipíldora de desogestrel. Aunque la vida media del desogestrel es mayor que la del levonorgestrel, para fines prácticos con la minipíldora

de desogestrel es también importante insistir en la toma a una hora fija y de forma diaria.

*“The Collaborative Study Group on the Desogestrel Containing Progestogen Only Pill”*, ha publicado los resultados de un estudio multicéntrico realizado en 44 instituciones de seis países europeos, Alemania, Reino Unido, Holanda, Noruega, Finlandia y Suecia, incluyendo mujeres sanas mediante asignación aleatoria con doble enmascaramiento, comparando la eficacia anticonceptiva, aceptabilidad e inocuidad de minipíldora de desogestrel a 75 µg/día y de levonorgestrel a 30 µg/día.<sup>1</sup> Novecientas ochenta y nueve participantes recibieron desogestrel y 331 recibieron levonorgestrel, realizándose trece períodos consecutivos de tratamiento de 28 días. El índice de Pearl para el desogestrel fue de 0,14 y para el levonorgestrel de 1,17, diferencia que es significativa. El desogestrel a 75 µg/día muestra tener una supresión más pronunciada del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y una inhibición ovulatoria más consistente,<sup>12</sup> ello puede explicar el índice de Pearl alcanzado y la diferencia con la otra progestina. Si el desogestrel posee una mejor acción inhibitoria sobre la ovulación, se puede esperar que ocurran menos embarazos ectópicos que los esperados con el levonorgestrel. En el estudio citado<sup>1</sup> se observó un embarazo ectópico con levonorgestrel y ninguno con desogestrel. Con ambos productos se observó una proporción relativamente elevada de variaciones en el patrón de sangrado, como amenorrea, sangrado infrecuente, sangrado frecuente y sangrado prolongado, existiendo una aceptación similar.

Los anticonceptivos orales combinados son la forma de anticoncepción temporal que más se utiliza en la actualidad, preparados que han sido ampliamente estudiados, con nuevas y novedosas propuestas en cuanto a las dosis y los esquemas, que buscan minimizar los efectos adversos y los riesgos.<sup>13</sup> Es conocido el papel del estrógeno como factor pro coagulante y su vinculación con el tromboembolismo venoso, los riesgos cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, fundamentalmente en mujeres mayores y fumadoras. El estrógeno puede

relacionarse con cefalea, náusea e hipersensibilidad mamaria, síntomas que en algunas mujeres pueden llegar a ser intensos.<sup>10</sup> En aquellas circunstancias en las cuales es necesario evitar administrar estrógeno dentro de la anticoncepción hormonal oral en mujeres no lactantes, la minipíldora de desogestrel es una oportuna alternativa.<sup>5,6</sup>

En el 2002 Rosembaum y cols.<sup>14</sup> publican un estudio multicéntrico, aleatorizado, abierto, realizando en Alemania y Holanda, evaluando la drospirenona, una nueva progestina con perfil farmacológico y endocrino único, derivada de 17 -espirolactona y poseedora de propiedades farmacológicas muy similares a la de la progesterona natural, con gran efecto antiandrogénico y antiminerálcoticoide. Para evaluar la inhibición de la ovulación, 48 mujeres saludables con edades entre 19 y 35 años de edad, fueron asignadas de manera aleatoria a cuatro grupos a recibir una píldora de sólo progestina, que incluía drospirenona: 0,5 mg/día, 1 mg/día, 2 mg/día y 3 mg/día. La inhibición de la actividad ovárica es dosis dependiente, hecho ya señalado, observándose inhibición de la actividad ovárica del 36% en las que recibieron 0,5 mg/día de drospirenona, inhibición del 25% en las que recibieron 1 mg/día, del 50% en las que recibieron 2 mg/día y del 91% en las que recibieron 3 mg/día. Se presentó ovulación en el 9%, 8% y 8% entre las que recibieron las tres dosis inferiores, mientras que en las que recibieron 3 mg/día de drospirenona no se presentó ovulación. Estos datos iniciales abren las puertas a nuevas valoraciones que seguramente llevarán a una próxima disponibilidad clínica de la drospirenona en la anticoncepción oral de sólo progestina.<sup>14</sup>

## MINIPÍLDORA Y LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la última década ha definido los criterios de elegibilidad para el uso de todos y cada uno de los métodos de planificación familiar. Recientemente ha publicado la edición correspondiente al año 2004.<sup>9</sup>

En dicho documento las condiciones o factores que podrían afectar la elegibilidad para el uso de los métodos están incluidas en una de las siguientes cuatro categorías.

### Primera categoría.

La minipíldora se puede utilizar libremente por no existir restricción alguna. Hacen parte de esta categoría las siguientes consideraciones. La edad desde la menarquia hasta la menopausia. En estados de nuliparidad, primiparidad o multiparidad. Más de seis semanas de posparto y lactancia. Inmediatamente en el posparto sin lactancia. Inmediatamente luego del aborto del primer o segundo trimestre, exista o no exista cuadro séptico. En mujeres fumadoras sin distingos de edad o magnitud del hábito. En hipertensas adecuadamente controladas. En mujeres con antecedente de hipertensión en el embarazo. En historia familiar de trombosis venosa o embolismo pulmonar. Con venas varíces o tromboflebitis superficial. Cefaleas no migrañas. Epilepsia. Desórdenes depresivos. Ectopia cervical. Cervicitis. Vaginitis. Vaginosis. Endometriosis. Dismenorrea. Enfermedad trofoblástica benigna o maligna. Neoplasia intracervical (NIC). Cáncer de cuello uterino. Hipotiroidismo e hipertiroidismo. Anemia ferropénica, de células falciformes o talasemia. Enfermedad mamaria benigna. Miomatosis uterina.

### Segunda categoría.

Generalmente se pueden usar. Las ventajas exceden los riesgos comprobados o teóricos. Se puede ameritar más que un seguimiento rutinario. Hacen parte de esta categoría las siguientes consideraciones. Antecedente de embarazo ectópico. La presencia concomitante de múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Hipertensión arterial pobemente controlada. Historia de trombosis venosa profunda. Cefaleas migrañas. SIDA en terapia con retrovirales. Diabetes. Colestasis hepática. Masas en mama no diagnosticadas.

### Tercera categoría.

Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptados por la usuaria. Los riesgos teóricos o comprobados generalmente exceden las ventajas del método. Usualmente es el método de última elección. De seleccionarlo, siempre se ameritará un cercano seguimiento. Menos de seis semanas de posparto. Hacen parte de esta categoría las siguientes consideraciones. Tumores hepáticos benignos y malignos. Trombosis venosa profunda actual. Embolismo pulmonar actual. Accidente cerebrovascular. Enfermedad coronaria.

### Cuarta categoría.

No se debe utilizar el método. La afección o la condición representan un riesgo inaceptable para la salud de la mujer si el método es aplicado. Pertenece a esta categoría el cáncer de mama.

## CONCLUSIONES

Todas las progestinas disponibles como minipíldora pueden utilizarse en la mujer lactante con seguridad, iniciándose siempre después de la sexta semana.<sup>9</sup> Sólo la minipíldora de desogestrel se puede utilizar en mujeres lactantes y en mujeres sanas no lactantes que no deseen recibir o tengan contraindicaciones al uso de estrógenos, como el hábito de fumar, intolerancia gastrointestinal, mastalgia persistente e intensa. Todas las demás progestinas se utilizan únicamente durante la lactancia. La administración de los anticonceptivos orales de sólo progestina, al igual que la de los demás métodos que regulan la fertilidad, debe siempre estar precedida de una adecuada consejería en planificación familiar a la mujer en particular y en general a la pareja. Los criterios de elegibilidad deben tenerse siempre presentes. El profesional de la salud debe colocar en su verdadera dimensión todos los métodos disponibles, con todas sus ventajas, desventajas y efectos adversos. La

pareja escogerá siempre el método de su preferencia, siendo deber y responsabilidad del profesional de la salud aportar las instrucciones, recomendaciones y el acompañamiento respectivo; sólo así, el método seleccionado brindará la eficacia anticonceptiva y por ende la protección esperada.<sup>5</sup>

## REFERENCIAS

1. Collaborative Study Group on the Desogestrel containing Progestogen only Pill. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 micrograms/day or levonorgestrel 30 micrograms/day. Eur J Contracept Reprod Health Care 1998;3:169–78.
2. Edwards L. An update and oral contraceptive options. Formulary. 2004;39:104–21.
3. Winkler UH, Howie H, Buhler K, Korver T, Geurts TB, Coelingh Benningk HJ. A Randomized controlled double blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 microgram desogestrel or 30 microgram levonorgestrel. Contraception 1998;57:385–92.
4. Hussain SF. Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. Contraception 2004;69:89–97.
5. McCann MF, Potter LS. Progestin only contraception: a comprehensive review. Contraception 1994;50: S1–195.
6. Winkler UH. Effects on hemostatic variables of desogestrel and gestodene containing oral contraceptives in comparison with levonorgestrel containing oral contraceptives: a review. Am J Obstet Gynecol 1998;179:S51–61.
7. Newton J. Classification and comparison of oral contraceptives containing new generation progestogens. Hum Reprod Update 1995; 1:231–63.
8. Broome M, Fotherby K. Clinical experiences with the progestogen only pill. Contraception 1990;42:489–95.
9. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition; 2004.
10. Monterrosa A. Anticoncepción oral en perspectiva. Primera edición. Editorial la Popa; 2005.
11. Korver T, Klipping CH, Hegar-Mahn D, Duijkers I, van Osta G, Dieben T. Maintenance of ovulation inhibition

- with the 75 microgram desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception* 2005;71:8–13.
12. Rice CF, Killick SR, Dieben T. Ovulation inhibition by two progestogens: desogestrel and Levonorgestrel. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(suppl 17):41.
  13. Monterrosa A. Anticonceptivos orales combinados. Tercera edición. Bogotá: Editorial Impresos Calidad; 2003.
  14. Rosenbaum P, Schmidt W, Helmerhorst FM, Wutte W, Rossmanith W, Freundl F, et al. Inhibition of ovulation by a novel progestogen (drospirenone) alone or in combination with ethinylestradiol. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000;5:16–24.

**Conflicto de intereses:** El autor es conferencista, explorador de la anticoncepción hormonal en toda su dimensión. Tiene publicaciones y ha realizado presentaciones sobre las diferentes moléculas disponibles y sobre hormonoterapia en general. No ha tenido ni tiene compromisos con la industria farmacéutica que le limiten su libre pensamiento y actuación.